

конечностей (ВБНК) является наиболее распространенной сосудистой патологией. Около 20% мужчин и 40% женщин страдает различными формами данного заболевания. Ежегодный прирост ВБНК достигает 2,5%. ВБНК, в целом, следует рассматривать как развитие дисфункции клапанного аппарата, обеспечивающего центростремительный ток венозной крови. Возникновение функциональной анатомической несостоятельности клапанных синусов приводит к возникновению вертикального и горизонтального патологического рефлюкса крови как в системе подкожных, так и глубоких вен нижних конечностей.

Показаниями к катетерной склерооблитерации при варикозной болезни считаем: магистральный варикоз в системе большой или малой подкожной вен, недостаточность клапанного аппарата подкожных вен.

Цель. Оценить возможность проведения эндовазальной стволковой склеротерапии при лечении пациентов с ВБНК.

Материал и методы. Данные клинических исследований подтверждались ультразвуковым ангиосканированием. Обследование и предоперационную подготовку выполняли в амбулаторных условиях. В клинике Амурской Государственной Медицинской Академии с 2008 года по настоящее время катетерная склерооблитерация выполнена у 63 пациентов с ВБНК, при этом в последнее время оперативная активность значительно возросла.

Пациента в день операции госпитализировали в стационар. Операцию выполняли под местной анестезией. Хирургическое вмешательство выполнял врач, имеющий специальную подготовку по флебологии и ангиохирургии. Первым этапом проводили пересечение и перевязку большой или малой подкожных вен на уровне устья (крессэктомия). Крессэктомия на бедре, как правило, выполняли из небольшого разреза надпаховым доступом, а для МРВ — в подколенной ямке. В пределах раны выделяли проксимальный сегмент большой или малой подкожной вен, пересекали и перевязывали оба конца с оставлением проксимальной культи до 0,5-0,7 см. Следующим этапом через разрез до 0,8-1,0 см выделяли дистальный сегмент подкожных вен, вену на зажимах пересекали, дистальный конец перевязывали, а в проксимальный конец вводили катетер до паха или подколенной ямки. Определение кончика катетера в культе является гарантом нахождения катетера в большой или малой подкожной вене соответственно. При проведении катетера с целью обезболивания вену постоянно орошали 0,25% раствором новокаина. Раны в надпаховой области или подколенной ямке и на стопе зашивали наглухо. Ноге придавали возвышенное положение и, в зависимости от диаметра вены, вводили 1-2 или 3% раствор этоксисклерола от 6 до 8 мл. С целью создания компрессии в проекции склерозируемой вены укладывали валик 3-5 см в диаметре и надевали чулок компании medii (Германия) II степени компрессии, и разрешали ходить. При отсутствии противопоказаний пациенты отпускались домой. По мере необходимо-

сти проводили консультацию по телефону или осмотр на дому. На 7-8 сутки пациенты приходили для осмотра и снятия швов. В дальнейшем осмотр выполнялся через месяц, полгода и год после склеротерапии. Все пациенты находятся на диспансерном наблюдении.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде все пациенты отмечают улучшение, уменьшение отека, купирование кожных расстройств.

Из послеоперационных осложнений отмечали в 13 (20,6%) случаях пигментацию кожи по ходу склерозированной вены, флебиты в 4 (6,3%) наблюдениях.

Выводы. Таким образом, описанная методика позволяет проводить раннюю санацию населения с варикозной болезнью, имеет место хороший косметический эффект и приводит к уменьшению прямых затрат до 45%.

*Щеглов Э.А., Дуданов И.П.,
Везикова Н.Н., Алонцева Н.Н.*

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

*Петрозаводский государственный университет,
Больница скорой медицинской помощи,
г. Петрозаводск, Российская Федерация*

Актуальность. Сочетание варикозной болезни нижних конечностей и остеоартроза коленных суставов является частой клинической ситуацией. По данным ряда авторов, оно отмечено примерно у половины пациентов, страдающих остеоартрозом (Салихов И. Г. и соавт., 2010; Нагибин Р. М., 2011). Два этих заболевания взаимоотягощают друг друга. Нарушение венозного оттока негативно сказывается на состоянии остеоцитов. А минимизация объемов синовиальной жидкости при гонартрозе приводит, в итоге, к потенцированию варикозной болезни нижних конечностей (Кожевников Е.В., 2007, G.Mostietal., 2010, Нагибин Р.М., 2011). Наличие венозной гипертензии требует ее коррекции при лечении остеоартроза. И, наконец, сочетание двух заболеваний приводит к резкому снижению качества жизни пациентов (Везикова Н.Н., 2005, Щеглов Э.А. и соавт., 2012). Все это обусловило повышенный интерес к вопросам лечения пациентов с сочетанной патологией.

Цель. Оценить эффективность комплекса лечебных мероприятий у пациентов с сочетанной патологией.

Материал и методы. Общее количество пациентов с сочетанной патологией, включенных в исследование на разных этапах, составило 325 человек. 183 пациента были оперированы по поводу варикозной болезни, 105 пациентов получали консервативное лечение варикозной болезни, 37 пациентов группы сравнения не лечили варикозную болезнь

по разным причинам. Методы исследования включали в себя осмотр, сбор анамнеза и общеклинические тесты, ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей, рентгенографию и артро-сонографию коленных суставов. Использовалась международная классификация CEAP, для оценки выраженности проявлений остеоартроза применяли суммарный индекс Лекена и функциональный индекс WOMAC. Для оценки качества жизни использовались опросники KOOS и CIVIQ-2. Общий срок наблюдения составил 36 месяцев с момента включения в исследование.

Результаты и обсуждение. При оценке проявлений остеоартроза коленных суставов в процессе лечения отмечена положительная динамика как в группе оперированных пациентов, так и в группе пациентов, получавших консервативное лечение. У них произошло снижение выраженности боли и скованности, уменьшились проявления функциональной недостаточности, отмечена положительная динамика индекса Лекена. В группе сравнения подобной динамики не отмечено. Кроме того, было отмечено более выраженное уменьшение болевого синдрома в вечернее время, и уменьшение индекса Лекена у оперированных пациентов в раннем послеоперационном периоде по сравнению с группой пациентов, получавших консервативное лечение. В отдаленном послеоперационном периоде также отмечена отчетливая положительная динамика, но в группе оперированных пациентов и динамика индексов Лекена, и WOMAC, и уменьшение болевого синдрома по ВАШ были более выражены, чем в группе пациентов, получавших консервативное лечение. Эти данные позволили нам сделать вывод о том, что хирургическое лечение варикозной болезни является методом выбора у пациентов с сочетанной патологией. Был проведен анализ применения предоперационной подготовки флеботропным лекарственным препаратом (ФЛП) у пациентов с сочетанной патологией. Пациенты, получившие такую подготовку, отмечали более выраженное снижение болевого синдрома в покое, чем пациенты, которым подготовка не проводилась. Кроме того, в группе, принимавшей ФЛП, отмечено снижение количества пациентов с синовитом коленного сустава через месяц после операции, а во второй группе - только через 3 месяца. На основании этих данных мы можем рекомендовать проведение предоперационной подготовки ФЛП у пациентов с сочетанной патологией.

При сравнении результатов оценки качества жизни в процессе лечения отмечено значительное улучшение в группе пациентов, получавших лечение варикозной болезни, не только по опроснику CIVIQ-2, который отражает качество жизни пациентов с варикозной болезнью, но и по шкале KOOS, которая была разработана для оценки мнения пациента о состоянии его коленного сустава и связанных с этим проблемах. По опроснику CIVIQ-2 достигнуто улучшение по всем 4-м параметрам (психологическому, болевому, социальному и физическому статусу). По шкале KOOS достигнуто улучшение по подшкалам боль, активность повседневной жизни и качество жизни.

Выводы. 1. Включение в лечебную тактику пациентов с сочетанной патологией мероприятий, на-

правленных на лечение варикозной болезни, приводит к улучшению течения суставного синдрома, уменьшению болевого синдрома, улучшению функциональной активности пациентов. 2. Хирургическое лечение у таких пациентов имеет преимущества перед консервативным и должно быть методом выбора. Оперированные пациенты отмечают более выраженную положительную динамику суставного синдрома, чем пациенты, получавшие консервативную терапию как в раннем, так и в отдаленном периоде. 3. Проведение предоперационной подготовки флеботропным лекарственным препаратом улучшает течение раннего послеоперационного периода. 4. Лечение варикозной болезни повышает качество жизни пациентов с сочетанной патологией не только по опроснику CIVIQ-2, но и по шкале KOOS. 5. Пациенты с остеоартрозом коленных суставов, имеющие признаки варикозной болезни, должны быть осмотрены хирургом с выполнением ультразвукового ангиосканирования вен нижних конечностей для верификации поражения вен и принятия решения о назначении соответствующего лечения.

*Янушко В.А., Климчук И.П.,
Комиссаров В.В., Турлюк Д.В., Роговой
Н.А., Соломевич С.И., Комиссаров В.В.*

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

*Республиканский научно-практический
центр "Кардиология",
4-я городская клиническая
больница им. Н.Е. Савченко,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. По данным ВОЗ, варикозной болезнью страдает каждый третий взрослый человек планеты. В РБ насчитывается более 2 миллионов человек с варикозным расширением поверхностных вен. Трофические нарушения наблюдаются у 2% от общего количества населения.

Цель. 1. Проанализировать отличия эффектов воздействия на биоткань лазерного излучения (ЛИ) с длинами волн 1470 и 1560 нм с позиций их физических свойств. 2. Определить клиническое значение выявленных отличий на основе опыта применения указанных длин волн лазерного излучения при лечении варикозной болезни нижней конечности.

Материал и методы. Лазерные световоды с длиной волн 1470 и 1560 нм обладают следующими свойствами: эффективность утилизации энергии ЛИ - доля энергии ЛИ, поглощенного единицей объема поглощающей среды, в которой возникает первичный термический эффект. Эффективность утилизации энергии лазерного излучения на 1 мм водной среды: для 1470 нм - 93%; ЛИ 1560 нм - 64%. Объем эффективной утилизации энергии ЛИ (мм³) - объем поглощающей среды, в котором возникает первичный термический эффект: для 1470 нм - 1,6 мм³; ЛИ 1560 нм - 5,8 мм³. Целе-